

**EDITORIAL**

# El anciano en atención primaria

*Palabras clave:* Ancianos; Atención sociosanitaria; Familia.

La atención al anciano es una preocupación del médico de familia; los cambios en los modos y costumbres de la sociedad hacen que esta preocupación se haga un paradigma de actuación dentro de nuestra especialidad. Somos conscientes del aumento de personas mayores en nuestros cupos; esta sensación se ve corroborada con la realidad social, al saber que la esperanza de vida está en progresivo aumento y que, junto con el descenso de la natalidad, conforman una pirámide de población absolutamente diferente. Es la denominada transición demográfica, donde el envejecimiento ocupa cada vez franjas más amplias; al hecho de vivir más tiempo, se une el que estos años de más vida sean diferentes.

No debemos catalogar de anciano a una persona por el simple hecho de tener 65 años; desde que cumple esta edad hasta el final de sus días, se puede discurrir por diferentes etapas. Así, cada vez es más frecuente ver a personas jubiladas perfectamente sanas y saludables, que comienzan a completar objetivos de vida que tenían inconclusos a causa de las vicisitudes de la vida laboral.

Los modelos sociales están igualmente en constante evolución; en algunos aspectos favorecen y en otros perjudican la integración de la persona mayor. No pretendemos decir lo que se debe o no debe hacer, lo que sí está claro es que, sabedores de los cambios que se están produciendo, hemos de ser capaces de prestar una atención correcta y adecuada en el más amplio concepto que la medicina de familia puede abarcar, desde las medidas de prevención y promoción de la salud hasta la rehabilitación de todos aquellos procesos en los que sea oportuno.

Otro elemento básico que se está modificando es el de la familia. Hasta hace relativamente pocos años, era frecuente ver familias extensas y numerosas, con padres, hijos, tíos y abuelos, predominantemente en el mundo rural, con casas amplias y arraigado concepto del cuidado de los

familiares y con la mujer como centro de la atención de toda la familia. En la actualidad este modelo ha cambiado: cada vez son más frecuentes las familias con pocos componentes; existe un incremento importante en el modelo monoparental, situados en pequeños pisos o apartamentos, sobre todo en la ciudad, con grandes distancias en los desplazamientos. La integración de la mujer en el mundo laboral hace que sea cada vez más complicado el hecho de mantener la doble función de mujer trabajadora fuera del hogar y cuidadora principal en el domicilio familiar, máxime si se le exige el cuidado de parientes de mayor edad. Este cambio en el rol está causando múltiples controversias y puede llegar a generar conflictos de identidad: la educación recibida ejerce una fuerte influencia en la asunción de estos cuidados entrando en franca confrontación con la capacidad de llevar adelante todas las tareas en las que puede llegar a verse involucrada, tareas domésticas, laborales, cuidado de los hijos, de los ancianos...

La atención a las personas mayores es un problema que se plantea a la sociedad actual; en los años venideros observaremos un incremento constante en las necesidades a cubrir. Como problema social que es, la sociedad en su conjunto habrá de aportar las soluciones; la confluencia de las políticas sanitarias y sociales es absolutamente necesaria, y difícilmente se podrá conseguir una actuación correcta si lo social no está perfectamente imbricado con lo sanitario. El problema de la ancianidad es tan complejo que requiere múltiples respuestas, tanto institucionales como del voluntariado que cada vez con más pujanza toma parte de responsabilidad en los procesos de atención a las personas mayores. El mundo sanitario es, pues, un elemento más a considerar dentro de la actuación global que el anciano requiere; es correcto mencionar que, en numerosas ocasiones, es el profesional sanitario el que da la voz de alarma respecto a este problema, y dado que son los

médicos de familia el primer eslabón de la cadena a donde recurre el anciano es obvio, en un sistema sanitario público como el que tenemos en nuestro país, que el anciano y sus familiares suelen tener una buena accesibilidad a su médico, al que refieren los problemas de salud y, por ende, el resto de sus conflictos sociales. Por ello, el médico está frecuentemente muy sensibilizado con este problema e intenta buscar soluciones que pueden llegar a rayar lo inaudito, dado que no tenemos la varita mágica que consigue todo lo que se pide.

La investigación dentro del ámbito de actuación está llevando a reconocer determinados grupos de mayor vulnerabilidad dentro del conjunto total de la ancianidad; así observamos el incremento creciente de ancianos incapacitados y que a la vez desean continuar en su domicilio. Es lógico pensar que la persona que llega a su vejez desee permanecer en su medio ambiente, donde siempre ha vivido, con sus familiares o vecinos a los que conoce de toda la vida y que a su vez le proporcionan una vida social con sus complejas redes de apoyo que tan necesarias son en esta fase. El paciente anciano incapacitado va a requerir unos servicios domiciliarios amplios, tanto sanitarios como sociales. Desde el punto de vista sanitario, hace ya años que se tomó conciencia del problema y se pusieron en marcha los programas de atención domiciliaria con el objeto de dar una respuesta adecuada en tiempos y técnicas, y hasta no hace mucho el anciano incapacitado era atendido a demanda propia o del familiar, dándose respuesta a la cuestión solicitada; para nada se tenía en cuenta elementos tan importantes de la salud como la prevención o la promoción, la rehabilitación o el control de la adhesión a los tratamientos. Los programas de atención domiciliaria hacen un abordaje integral al paciente y a su familia desde la óptica biopsicosocial, de manera multidisciplinaria e intentando implicar a otros sectores socia-

les, es decir, intersectorial. El elemento de abordaje es el anciano, pero siempre teniendo en cuenta el contexto en el que se desenvuelve, con una atención destacada a la familia y teniendo como eje al cuidador.

El momento que nos toca vivir está claramente marcado por una insuficiencia tangible en lo referente a ayuda social; sigue siendo el cuidador el personaje más importante en las tareas de atención al anciano. Ya se ha descrito el *síndrome del cuidador* por las cargas que se generan, con síntomas físicos, psíquicos y sociales, y el médico de familia debe estar alerta a fin de propiciar una correcta prevención del síndrome; la claudicación del cuidador puede tener consecuencias nefastas para el paciente, y se hace cada vez más necesario cubrir el descanso del cuidador. Hay una insuficiencia acusada de dispositivos que puedan ayudar al cuidador para realizar sus funciones; los clubes, los hospitales de día o las estancias cortas del anciano para que el cuidador pueda descansar son alternativas que en la actualidad se barajan.

En numerosos casos, la familia lo soluciona repartiendo el tiempo de cuidados; no todas las veces es posible cuidarlo en el domicilio propio por lejanía entre los familiares, y éstos se ven abocados a llevarse al anciano a su casa durante un período de tiempo, que suele ser de 1-3 meses. Estos cambios constantes son fuente de conflicto tanto para los familiares, como para el anciano. La familia lo suele vivir con tensión; es un elemento que trastoca la rutina y ocupa un espacio a veces limitado; no entienden los achaques, y se siente como una penosa carga esperando el día que finaliza el período asignado. Para el anciano es igualmente iatrogénico; un cambio permanente de domicilio, con viviendas y familiares diferentes, lejos de su barrio y de sus amigos, con pocas redes sociales dada la transitoriedad, origina frecuentemente problemas de orientación, de soledad y de depresión; el anciano cada vez se aísla más, la autoestima decrece y las ganas de luchar ceden, y para los médicos es igualmente problemático dado que ¿quién es el responsable de la salud? Solemos encontrarnos con personas polimedizadas e infradiagnosticadas y con una importante deficiencia de promoción de salud. Surgen iniciativas que intentan paliar esta situación, como por ejemplo la cartilla sa-

nitaria del anciano, que al menos proporciona información de los diferentes profesionales por los que va pasando.

La institucionalización es uno de los recursos para el fin de los días del anciano; la falta de plazas públicas, junto con la transición demográfica anteriormente expuesta, hacen que crezcan de manera inusitada las residencias privadas, y se nos plantea un nuevo problema: estas residencias no siempre son el lugar ideal, y la oferta a bajo precio se realiza a costa de unas condiciones no siempre satisfactorias. No es raro encontrarnos con auténticos «almacenes de ancianos», donde se respeta muy poco la individualidad y donde el bienestar de la persona pasa a ser un elemento poco o nada valorado. El hacinamiento suele ser constante, la vulnerabilidad del anciano se eleva y en pocos meses se hacen incontinentes; las demencias y las depresiones se hacen patentes, y la autoestima decrece a límites insospechados. La legislación al respecto continúa siendo muy laxa, máxime si la Administración pública no puede dar una respuesta adecuada, y sólo se puede actuar en casos de absoluta necesidad. Estos ancianos también son pacientes nuestros; en determinadas áreas, se está convirtiendo en un problema cada vez más importante, sobre todo en aquellas zonas donde se favorece la instalación de este tipo de establecimientos, la demanda de prestación de servicios crece vertiginosamente, y el médico puede tener una sensación de que esos pacientes no son realmente suyos, dado que la residencia ya cobra una cantidad importante por sus cuidados, a la vez se genera un gasto farmacéutico muy elevado; los ancianos institucionalizados normalmente son personas con pluripatología, polimedizados, a los que se dedica poco tiempo, y donde se responde a todas las cuestiones con un nuevo fármaco, además de los problemas añadidos de la institucionalización. Mientras la legislación no cambie y estas personas estén a nuestro cargo, será responsabilidad nuestra la provisión de sus cuidados, con todos los conflictos que ello genere; los recursos tendrán que distribuirse teniendo en cuenta estas nuevas variables que surgen en nuestro quehacer diario. Es más, el anciano institucionalizado se sitúa en la comunidad, la residencia es exclusivamente el lugar en el que viven; por lo tanto, es un área de atención

dominante de los profesionales de atención primaria; el problema subsidiario es el de necesidades de recursos o de distribución y organización de las actividades.

Como último grupo de atención especial en el colectivo de la ancianidad, queremos hacer una mención especial a la ayuda que puede y debe prestar el médico de familia al bien morir del anciano en su domicilio. La persona que ha permanecido en su casa durante toda su vida suele desear pasar sus últimos momentos también en esta casa. La aplicación de los cuidados paliativos es perfectamente integrable en la actuación global del anciano, y es muy gratificante para la familia una correcta planificación de la atención en la fase terminal. El concepto globalizador de la atención primaria es pieza clave en la resolución de estos momentos tan trascendentales; se atiende al anciano ayudándole a pasar estos últimos momentos de la manera más digna posible; se estimula al cuidador, esta persona que le lleva cuidando durante varios años, que termina sus funciones de una forma natural, y suele ser muy insatisfactorio el hecho de que al final de la vida de la persona a su cargo vengan otras personas a disponer lo que hay que hacer. La prevención del duelo y el acompañamiento durante el mismo son tareas cada vez más demandadas por la sociedad; un duelo bien resuelto va a ser garantía de salud para la familia. La atención al anciano es compleja y ardua; tenemos que estar preparados porque somos conscientes del volumen de trabajo que genera, y es un área inherente al médico de familia. La investigación y la formación son piezas claves para el buen funcionamiento de nuestro trabajo; se propone a la ancianidad como un importante grupo de población con una vulnerabilidad característica, a la que se requiere una dedicación específica, con conocimientos en exploraciones, técnicas y habilidades. Igualmente es necesario contar con programas de atención, que enmarquen la figura del *mayor* con sus necesidades y las actuaciones a realizar.

La formación y la investigación son las herramientas básicas con las que cuenta el médico de familia para obtener unos resultados correctos en su actuación con las personas mayores.

**J.M. Espinosa Almendro**

Médico de Familia.